

### **EKT unter Zwang? Anmerkungen zu einer offenbar notwendigen Debatte**

Während meiner Zeit als Klinikdirektor zwischen 1975 – 1987 in Wunstorf haben wir rund 30 000 Patienten behandelt. Geschockt haben wir niemanden. Drei Patienten haben wir mit der Indikation EKT zu Karl Peter Kisker, Sozialpsychiater an der medizinischen Hochschule verlegt. Geschockt hat er keinen von den dreien. Bei einem hat die Hochschule eine Enzephalitis festgestellt. Den beiden anderen ging es, vermutlich als Verlegungsfolge, bald danach spontan besser. Basel. Während meiner Zeit zwischen 1987 – 2003 hatten wir etwa 20 000 Aufnahmen, darunter sehr viele depressive Kranke. Geschockt haben wir keinen. Paul Kielholz hatte 1970 damit aufgehört. Darüber diskutiert haben wir oft, vor allem auf den Privatstationen. Ein Patient bat uns um Verlegung zum Schocken nach Zürich. Danach ging es ihm besser – ohne Schock. Mein Problem: Ich glaube nicht, dass eine Elektrokrampftherapie besser hilft als Placebo – fast nie, auf jeden Fall nicht besser als eine Behandlung mit Zuwendung, Geduld und Medikamenten. Aber ich kenne mich aus mit Depressionen; und ich habe noch in Wunstorf meinen Mitarbeitern gesagt, wenn meine Depression schwerer würde und sich über lange Zeit nicht besserte, würde ich mich schocken lassen. Dabei habe ich allerdings immer gehofft, dass meine Therapeuten mehr Geduld aufbringen würden als ich.

Pro ohne Kontra: In den späten 60er- und den 70er-Jahren waren wir froh, die Schockbehandlungen hinter uns gelassen zu haben – sie als Ausnahme im Extremfall zu betrachten. Aber in Wunstorf und Basel traten die Extremfälle nicht ein. Es fällt mir schwer, mir ein ausgewogenes Urteil zu bilden. Die erreichbare Literatur – insbesondere die Monografie von Michael Grözinger und anderen von 2013 stammt von Pro-Autoren [1]. Das gleiche gilt für die Stellungnahme „Elektrokonvulsionstherapie: Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz“ [2]. Dies ist ein eindeutiges Plädoyer für die breite Anwendung des Elektroschocks. Ich frage mich, ob

das wirklich die Überzeugung der gewählten Vorstände dieser Gesellschaften in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Südtirol ist, oder ob sie diese Stellungnahme ohne breite Konsultationen den Pro-Vertretern ihrer Verbände überlassen haben. Es macht Sinn, die gegenwärtige Situation am Beispiel der Schweiz näher zu betrachten: Fritz Ramseier und Heinz Böker berichten 2013 dazu, dass in neun Zentren in sechs (von 26) Kantonen Elektroschockbehandlungen durchgeführt werden, die meisten im Aargau, in Appenzell Ausserrhoden, Bern, und Zürich. Die gesamte (französischsprachige) Westschweiz, das Tessin und die Ostschweiz mit St. Gallen und Graubünden sowie die Nordwestschweiz mit beiden Basel und Solothurn sind elektroschockfrei. Ich frage mich, was das bedeutet. Werden die Patienten in drei Vierteln des Landes unzureichend oder falsch behandelt? Gibt es etwa einen E-Schock-Tourismus in den Kantons-Winzling Appenzell? Ich will hier keine Antwort versuchen. Mir scheint aber, dass eine breit angelegte Diskussion über Sinn und Unsinn der Schockbehandlung dringlich ist.

Pro und Kontra in der Psychiatrischen Praxis: Das wirklich Erstaunliche an der aktuellen Diskussion über die Zulässigkeit einer Elektrokonvulsionsbehandlung unter Zwang ist die Rollenverteilung: Der erfahrene Kliniker Here Folkerts, der in seiner Klinik EKT-Behandlungen durchführt, spricht sich dagegen aus [3]. Die ebenso erfahrenen Ethiker Jakov Gather und Jochen Vollmann halten sie u.U. für zulässig [4]. Um nicht missverstanden zu werden, ich bin auch überzeugt davon, dass man vieles tun muss, bevor man einen Kranken sterben lässt. Aber wenn man sich unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen für Zwang entscheidet, stellt sich erst einmal die Frage nach der anzuwendenden Methode. Im von den Autoren konstruierten Fallbeispiel geht es um einen Kranken mit einem Vergiftungswahn, der in seinem Wahn die Flüssigkeitszufuhr verweigert – ohne Zweifel ein klinischer Notfall. Mir fällt dazu als erstes ein: intravenöse Flüssigkeitszufuhr nach Sedierung und gleichzeitiger Verabreichung von Haloperidol, ausnahmsweise in hoher Dosierung. Auf diese Weise hat man gute

Chancen, den Kranken in kurzer Zeit aus dem Wahn heraus zu begleiten. In diesem Fall als erstes an Elektroschock zu denken scheint mir – ich bitte um Verzeihung – absurd.

Im Übrigen bin ich überzeugt davon, dass man fast alle psychiatrischen Notfälle anders lösen kann als mit Elektroschock – wenn es sein muss, mit Zwang, aber besser ohne. Und außerhalb der Notfallsituation setze ich darauf, den Patienten mit viel Zuwendung und viel Geduld von der richtigen Behandlungsmethode zu überzeugen – und nur zu schocken, wenn der Patient das wirklich will, OK. Aber unter Zwang? Ich mag von anno dazumal sein. Aber mir fehlt der Glaube, dass das Sinn macht.

Asmus Finzen, Berlin

E-Mail: [asmus.finzen@t-online.de](mailto:asmus.finzen@t-online.de)

#### Literatur

- [1] Grözinger M, Conca A et al. Elektrokonvulsionstherapie. Heidelberg: Springer; 2013
- [2] Grözinger M, Conca A, Di Pauli J et al. Elektrokonvulsionstherapie. Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz. Nervenarzt 2012; 340: 919–925
- [3] Folkerts HW. Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang? – Kontra. Psychiat Prax 2017; 44: 314–315
- [4] Gather J, Vollmann J. Elektrokonvulsions-therapie unter Zwang? – Pro. Psychiat Prax 2017; 44: 313–314